

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 23

LA

PRESSIION ARTÉRIELLE

DANS LES ÉTATS ANXIEUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Octobre 1919

PAR

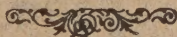
Vincent BRU

Né à Alaigne (Aude), le 14 février 1885.

INTERNE DE LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MAIRET, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DUCAMP, professeur,		
		CABANNES, agrégé,		
		EUZIERE, agrégé,		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

1. Rue Ferdinand-Fabrè et Quai du Verdanson

1919

LA

PRESSION ARTÉRIELLE

DANS LES ÉTATS ANXIEUX

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 23

LA

PRESSION ARTÉRIELLE DANS LES ÉTATS ANXIEUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Octobre 1919

PAR

Vincent BRU

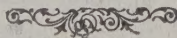
Né à Alaigne (Aude), le 14 février 1885

INTERNE DE LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{	MAIRET, professeur,	{	<i>Président.</i>	
	DUCAMP, professeur,			
	CABANNES, agrégé,			<i>Assesseurs.</i>
	EUZIERE, agrégé,			



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*)
Physique médicale	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O *)
Physiologie	HEDON (*)
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP (*)
Anatomie	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR
Médecine légale et toxicologie	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (*)
Clinique obstétricale	VALLOIS
Thérapeutique et matière médicale	VIBES (*)
Anatomie pathologique	MASSABUAU (T)
Chimie médicale	DERRIEN
Microbiologie	N...
Clinique médicale	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O *) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, *, a. l. (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexes des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé.
Microbiologie	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie	WATON * (T) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIÈRE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* T).	J. DELMAS (T).	PECH * (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD *.	

Examineurs de la thèse :

MM. MAIRET, professeur, président.	MM. CABANNES, agrégé.
DUCAMP, professeur.	EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

Morts pour la France

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde affection
et de piété filiale.

A MA SŒUR

A MON PARRAIN ET A MA TANTE

A TOUS MES PARENTS QUE J'AIME

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

V. BRU,

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

DOTEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE MENTALE ET NERVEUSE

Nous le remercions du grand honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant de présider notre thèse, et nous le prions de recevoir l'hommage de nos sentiments les plus dévoués et les plus respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ CABANNES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ EUZIÈRE

Leur bienveillance pour nous ne fut jamais en défaut. Nous les en remercions bien sincèrement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ GALAVIELLE

CHEF DE SERVICE A L'INSTITUT BOUISSON-BERTRAND

Nous garderons un précieux souvenir des quelques mois passés dans son laboratoire et nous le remercions vivement des marques de sympathie qu'il a bien voulu nous donner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARGAROT

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

Il nous a donné l'idée et les éléments de ce travail et nous a guidé dans son accomplissement. Notre reconnaissance lui est acquise.

V. BRU.

LA

PRESSION ARTÉRIELLE

DANS LES ÉTATS ANXIEUX

INTRODUCTION

L'anxiété est un trouble affectif qui intervient dans un grand nombre de syndromes mentaux; on la trouve dans certains états d'émotivité où elle est presque physiologique et dans des affections plus graves telles que la mélancolie.

Il est difficile d'en donner une définition précise:

Pour Littré: l'anxiété est un état de trouble et d'agitation avec un sentiment de gêne et de resserrement à la région précordiale.

Devaux et Logre la définissent: une émotion caractérisée par un état de douleur morale et d'incertitude avec sensation fréquente de constriction physique. Cette sensation physique de resserrement constitue, à proprement parler, l'angoisse.

Brissaud avait déjà souligné la différence qui existe en-

tre l'anxiété, phénomène purement psychique et l'angoisse, phénomène physique.

L'angoisse, si on essaye de l'analyser d'une façon plus précise, apparaît comme une sensation physique qui peut revêtir diverses modalités subjectives, difficiles à caractériser (constrictions thoracique, céphalique, abdominale, étouffement, etc.), mais qui présente le caractère commun de faire apparaître dans le champ de la conscience du sujet, le sentiment de l'arrêt de fonctionnement de certains de ses organes, et, dans certains cas, de l'arrêt même de l'existence. On sait que Brissaud disait de l'angoisse qu'elle était la méditation de la mort.

Si, l'angoisse, en tant que phénomène subjectif, constitue un état affectif que l'on arrive à exprimer seulement par des comparaisons ou par des interprétations exactes ou fausses, qui sont d'ordre intellectuel, elle s'accompagne de manifestations physiologiques qui, elles, sont accessibles à l'étude objective.

On a signalé depuis longtemps les modifications physiques qui accompagnent les différents sentiments. On a décrit les signes physiques de la peur, de la colère, de l'impatience. Euzière et Margarot ont essayé de fixer, d'une façon plus précise, les troubles physiologiques de l'angoisse, dégagés autant que possible des éléments purement psychiques auxquels elle s'ajoute souvent pour réaliser un complexe anxieux qui est lui-même un élément de certains états psychiques, tels que la peur, la terreur, etc.

L'interprétation physiologique de ces signes, qui sont presque tous viscéraux, a amené les auteurs précités à rechercher quelle était la part respective de chacun des nerfs du système nerveux de la vie de nutrition. Ils ont montré qu'au moment de la crise d'angoisse, la prépondérance du sympathique est très nette. Nous avons essayé

d'approfondir certains points de cette étude générale, et, en particulier, de compléter l'étude des troubles circulatoires.

La vaso-constriction est nette. Le pouls est accéléré. Le réflexe oculo-cardiaque est inversé.

Que devient la pression artérielle?

Diverses recherches, en particulier celles de Ménard, de Mercier et Biscous, de Bonnet, d'Etienne et Richard, ont montré que les émotions de guerre élèvent la pression artérielle; l'élévation portant à la fois sur la pression maxima et sur la pression minima. Il semble même que la pression Mx soit élevée bien plus que la pression Mn dans certains cas.

D'autre part, les émotions répétées réalisent dans la dynamique circulatoire des troubles dont l'origine doit être cherchée dans les réactions du système nerveux viscéral qui paraissent elles-mêmes conditionnées par des modifications des sécrétions endocriniennes (hypersécrétion d'adrénaline en particulier).

L'élévation de la pression artérielle porte alors surtout sur la pression Mn.

Les recherches qui font l'objet du présent travail, ont porté sur des anxieux de guerre ou sur des sujets atteints de psychoses anxieuses que nous avons pu suivre à l'Asile de Font-d'Aurelle.

Elles nous ont permis d'établir les points suivants:

1° L'élévation de la pression artérielle est fréquente chez ces malades;

2° Elle est en rapport direct avec l'anxiété qu'ils présentent.

3° Une analyse plus attentive montre que dans les états anxieux eux-mêmes, elle se rattache plus étroitement encore à l'élément physique de l'anxiété, c'est-à-dire à l'angoisse.

CHAPITRE PREMIER

LES FAITS CLINIQUES

Dans les observations qui suivent, les pressions artérielles sont prises, tantôt avec l'oscillomètre de Pachon à manchette antibrachiale, tantôt suivant la méthode de Riva-Rocci avec brassard brachial, tantôt par la méthode auscultatoire (brassard brachial: la pression Mx est déterminée par la disparition du pouls radial, la pression Mn par la palpation ou l'auscultation de l'humérale au pli du coude).

Nous rappelons que les chiffres donnés par ces diverses méthodes diffèrent les uns des autres: alors que chez un sujet normal le Pachon, à manchette anti-brachiale, donne: Mx: 15 ou 16, Mn: 9 ou 10, les méthodes palpatoire et auscultatoire, chez le même individu, donnent comme résultat: Mx: 12 ou 13, Mn: 8 ou 9.

Psychoses avec anxiété

OBSERVATION PREMIÈRE

C..., 33 ans, artilleur, C. N. P. d'armée.

Mélancolie anxieuse. Idées d'auto-accusation et de suicide.

Quand on l'examine, il croit qu'on l'a fait venir pour le tuer et il demande à mourir; ω très marqué.

Premier bruit cardiaque un peu prolongé (rhumatisme articulaire aigu il y a trois ans); palpitations fréquentes. Mx: 17; Mn: 11.

Réflexes tendineux vifs, réflexe massétérein accentué.

Roc: 78-88.

Absence de transpiration.

OBSERVATION II

H..., 40 ans, fantassin, C. N. P. d'armée.

Débilité mentale (hérédité alcoolique). Anxiété constitutionnelle. Dès qu'il se sent regardé, il s' imagine que l'on en veut à ses jours et il éprouve un violent sentiment de peur avec angoisse. Fugues de défense. Tremblement névrosique existant depuis l'adolescence. Mx: 14; Mn: 8 (A.).

Réflexe massétérein vif. Les yeux sont brillants et un peu saillants. Roc: 74-80.

Pas de dermatographisme. Sécheresse de la peau. Absence de moiteur des mains et des pieds.

OBSERVATION III

B..., 37 ans, artilleur.

Saturnisme. Ancien alcoolisme. Paralyse vraisemblablement fonctionnelle du membre supérieur droit (guérie en quelques jours).

Délire anxieux basé sur des interprétations.

Fausse hallucinations. Il prétend que deux soldats veulent le tuer, il les entend parler, mais ils ne lui ont jamais

adressé la parole. Il réagit, tantôt en refusant de sortir de la salle, de peur de les rencontrer, tantôt en prenant la fuite.

Mx: 15; Mn: 9 (P. O. G. B.). Tachycardie.

Réflexe massétérin accentué.

Roc: 90-100. Amygdales petites.

Epiphora. Hyperhydrose. Moiteur des mains.

OBSERVATION IV

R..., 30 ans, fantassin.

Excitation anxieuse chez un jaloux très réticent. Interprétations délirantes mélancoliques. Pas d'angoisse physique nette. Il dit simplement qu'il éprouve une sensation de froid à l'épigastre quand ses préoccupations s'exagèrent. Son obsession de jaloux a eu pour point de départ un incident psycho-sexuel. Excitation génésique.

Très amélioré au moment de l'examen.

Mx: 14; Mn: 9,5 (P. B. O.). Mx: 17; Mn: 13,5 (A.). Roc.: 80-74.

Fréquents clignements des paupières. Réflexe massétérin faible. Légère hyperhydrose. Mains un peu moites. Facies congestionné. Pollakiurie.

OBSERVATION V

C..., 42 ans, artilleur.

Syphilis ancienne. Absinthisme antérieur à la guerre. Excitation anxieuse. Se croit accusé d'avoir fait sauter un dépôt de munitions et se dit poursuivi par des agents provocateurs.

Crises de colère avec réactions hostiles Tremblement des extrémités. Hypotonie musculaire. Pas de signe de syphilis nerveuse. Légère leucoplasie commissurale.

Mx: 19; Mn: 10 (A.).

Tachycardie. Réflexe massétérein moyen.

Roc.: 86-88.

Transpiration habituelle du cuir chevelu Mains moites. Pieds secs.

OBSERVATION VI

C..., 37 ans, artilleur.

Syndrome mélancolique avec état stuporeux interrompu par de très courtes phases d'agitation anxieuse. Au moment de l'examen, le malade est amélioré, mais il est toujours déprimé et conserve son air hébété.

Mx: 13; Mn: 8.

Roc.: 80-74. (Le pouls devient très petit pendant la compression oculaire.)

OBSERVATION VII

S..., 34 ans.

Alcoolisme chronique, délire hallucinatoire avec zoopsies, assez rapidement dissipé. Persistance d'une peur anxieuse entraînant des fugues.

Mx: 20; Mn: 13.

Paresse pupillaire. Réflexes tendineux positifs. Liquide céphalo-rachidien normal.

Roc.: 59-66.

OBSERVATION VIII

V..., 27 ans, fantassin, C. N. P. d'armée.

Crises d'anxiété avec angoisse chez un ancien commo-

tionné. Cauchemars terrifiants. Episodes hallucinatoires. Il est actuellement incapable de se réadapter à la vie des tranchées.

Mx: 15; Mn: 9 (A.).

OBSERVATION IX

G..., 42 ans, C. N. P. d'armée.

Stigmates de dégénérescence. A toujours eu le caractère inquiet et avait présenté, il y a quelques mois, des crises de nature indéterminée. Nie tout éthylisme.

Délire hallucinatoire avec visions terrifiantes et excitation extrême. La confusion mentale se dissipe assez rapidement, mais il persiste un état anxieux donnant lieu à des paroxysmes assez fréquents. Amygdales petites. Réflexe massétérin accentué.

Mx: 16; Mn: 11 (A.); Roc.: 80-78 (deux extrasystoles pendant la recherche).

Dyspepsie atonique. Fréquence du clignement. Epiphora. Transpiration abondante. Dermographisme moyen.

OBSERVATION X

S..., 35 ans, fantassin, C. N. P. d'armée.

A déserté (parce que ses camarades lui faisaient des mi-sères). Idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe. Il entend des voix qui lui disent des sottises.

Légère anxiété diffuse. Il a de nombreux sujets d'inquiétude (vie des tranchées, santé de son père), pleure facilement et en particulier quand on lui parle de sa famille. Fréquence du clignement. Léger épiphora. Réflexe massé-

térin moyen. Amygdales un peu grosses. Légère hyperacidité gastrique.

Mx: 11; Mn: 8 (A.).

Dermographisme: raie blanche suivie d'une rougeur diffuse.

OBSERVATION XI

L. S..., 27 ans, fantassin, C. N. P. d'armée.

Idées délirantes confuses de persécution et d'auto-accusation avec hallucinations de l'ouïe et de la vue. Le malade entend des voix qui le traitent de lâche et de voleur. Il croit avoir mérité les injures qu'on lui adresse, mais ne s'en montre pas affecté. Le contraste de sa profonde indifférence avec les éléments de son délire hallucinatoire fait penser à une évolution possible vers une folie paranoïde. Réflexes tendineux vifs.

Mx: 13; Mn: 8 (A.).

OBSERVATION XII

L..., 43 ans, fantassin, C. N. P. d'armée.

Dépression mélancolique avec réactions anxieuses. Le front est plissé, la physionomie triste. Quand on l'interroge, il soupire profondément et se met à pleurer. Des voix lui disent qu'il sera fusillé, il se reproche des paroles de menaces qu'il aurait proférées certain jour contre des Sénégalais.

Tendance au maintien des attitudes. Il a refusé à plusieurs reprises de s'alimenter, il pleure fréquemment. Réflexe massétérin accentué.

Mx: 14; Mn: 8 (A.). Roc.: 61-61.

Pas de dermatographie. Sécheresse de la peau. Les mains et les pieds sont secs.

OBSERVATION XIII

L..., 40 ans, fantassin, C. N. P. d'armée.

Antécédents éthyliques. Tremblement des extrémités. Hallucinations de l'ouïe. Anxiété extrême. Il se croit accusé de nombreux méfaits et tend à s'en accuser lui-même. Il demande grâce pour les crimes dont on pourrait le croire coupable. Réflexes tendineux vifs.

Roc.: 80-76; Mx.: 17,5; Mn: 10 (A.).

Pendant son séjour au C. N., il a réalisé une congestion pulmonaire du côté droit avec hémoptysie. Dermatographie peu net. Peau sèche. Mains et pieds moites.

OBSERVATION XIV

L..., 23 ans, fantassin, C. N. P. d'armée.

Dépression psychique avec tristesse, inertie. Pas d'anxiété nette. Idées vagues de suicide. Réflexe massétéрин moyen.

Roc.: 86-86; Mx: 13,5; Mn: 9 (A.).

OBSERVATION XV

L..., 35 ans, ancien commotionné, C. N. P. d'armée.

Etat de dépression avec inquiétude et préoccupations diverses, coupé d'épisodes délirants à direction mystique et érotique et de réactions anxieuses (refus de s'alimenter et fugues).

Mx: 14; Mn: 8.

OBSERVATION XVI

C..., 47 ans, C. N. P. d'armée.

Délire hallucinatoire. Il se lève la nuit, croyant qu'on l'appelle pour le tuer. Il se laissera faire, mais il se défend de vouloir lui-même attenter à ses jours. D'autres fois, il croit que sa fille et sa femme sont mortes. Désorientation. Disparition de tous ces troubles; le malade ne conserve qu'un peu de tristesse.

Il aurait eu une première poussée de manifestations psychiques analogues en 1915 à la suite d'un bombardement.

Roc.: 97-86; Mx: 14,5; Mn: 9,5 (A.).

Réflexes tendineux vifs.

OBSERVATION XVII

D..., 46 ans, fantassin, C. N. P. d'armée.

Stigmates de dégénérescence. Ethylisme possible dans ses antécédents. Dépression psychique, torpeur intellectuelle, tristesse, quelques hallucinations visuelles. Paroxysmes anxieux, scrupules, idées de punition. Réflexes tendineux vifs.

Mx: 13; Mn: 9 (A.).

OBSERVATION XVIII

S..., C. N. P. d'armée.

Accès de dépression mélancolique chez un débile. Anxiété

diffuse. Idées vagues de persécution et d'auto-accusation. Interprétations délirantes. Il pleure parfois. Insomnie. Réflexes tendineux un peu vifs.

Mx: 16; Mn: 9 (A.).

OBSERVATION XIX

M..., 36 ans, cuisinier, C. N. P. d'armée.

Antécédents éthyliques. Idées de persécution. Interprétations délirantes avec ébauche de systématisation. Il soupçonne sa femme d'être la cause première de tout ce qu'on lui fait. Il croit comprendre qu'on va le tuer, il a peur, manifeste une vive anxiété, accuse de l'angoisse et prend la fuite. Poussée analogue il y a huit ans.

Mx: 15; Mn: 9 (A.).

OBSERVATION XX

D..., 40 ans.

Délire de jalousie basé sur des fausses interprétations. Réactions anxieuses avec tentatives d'homicide et de suicide. Quand on l'examine il se lamente et il pleure. Pas d'antécédents éthyliques. Réflexes tendineux vifs.

Mx: 14.

OBSERVATION XXI

M..., 42 ans.

Syndrome émotionnel. Début par délire hallucinatoire. Onirisme. Très légère confusion mentale. Les souvenirs sont assez bien conservés. Anxiété extrême: il s'imaginer qu'on va le fusiller et il demande à être exécuté de suite pour en finir.

Tremblement. Réflexes tendineux vifs. Réflexes pupillaires normaux.

Amélioration assez rapide. Il reste toujours anxieux. Les hallucinations terrifiantes ne se produisent plus à l'état de veille, il a simplement des cauchemars qui le réveillent et qui sont suivis d'une légère persistance de la vision. Pendant le jour, il se demande s'il a bien rêvé.

Douleurs de tête, anorexie, mauvais état physique.

Mx: 17; Mn: 10.

OBSERVATION XXII

G..., 36 ans.

Epileptique; au moment de son entrée au C. N. P., il présente un état confusionnel hallucinatoire qui serait survenu brusquement. Ses actes sont impulsifs. Il a des réactions anxieuses (se croit accusé, à peur du Conseil de guerre). Cette agitation anxieuse alternerait chez lui avec des phénomènes convulsifs au cours desquels il resterait silencieux.

La fente palpébrale est un peu large.

Le clignement est rare. Le réflexe massétérin est net. Les amygdales sont plutôt petites et atrophiques. Il existe actuellement de la constipation.

Roc.: 80-86; Mx: 13,5; Mn: 9.

Très léger dermographisme. Mains moites.

OBSERVATION XXIII

D..., 36 ans.

Accès de dépression mélancolique, anxiété diffuse, très énervé, cauchemars. Idées vagues de suicide. Réflexe massétérin vif.

Mx: 15; Mn: 9.

OBSERVATION XXIV

C..., 37 ans.

Dépression psychique, tristesse, inquiétude. Se reproche sa vie passée; idées de suicide; crises d'anxiété. A peur d'être fusillé.

Mx: 15; Mn: 10.

OBSERVATION XXV

Madame P..., 59 ans, malade depuis dix mois.

Délire mélancolique. Agitation anxieuse. Hallucinations de l'ouïe. Idées de persécution vagues et confuses. Idées de suicide. Gémit, se lamente, pousse des cris perçants tout à coup. Réclame ses enfants, croit qu'ils sont perdus. Tout est perdu, les esprits ont condamné tout le monde à mort. Affection consécutive à la grippe. Ménopausée depuis sept ans.

Accès délirant il y a vingt ans (durée : quinze jours). Cause émotionnelle: fils mort. Artères flexueuses.

Etat actuel: mélancolie anxieuse. Accès paroxystiques moins fréquents et moins intenses.

1^{re} détermin. (Pachon), 20 sept., Mx: 15; Mn: 9.

2^e détermin., 10 oct., Mx: 14; Mn: 9 (A.).

3 détermin. (Pachon), 12 oct., Mx: 13; Mn: 9 (malade calme).

Dermographisme tardif, insignifiant.

OBSERVATION XXVI

Madame M..., 42 ans, malade depuis un an.

Délire mélancolique avec anxiété. Idées d'indignité.

Craint qu'on la tue, qu'on la guillotine parce qu'elle a essayé de se jeter dans un puits. On l'accuse d'avoir volé, on ne cesse de lui faire des reproches. Sentiment de transformation: se sent toute changée. Tout, autour d'elle, s'est également transformé. Ne se reconnaît pas. Gémit sans cesse. Idées de suicide.

Règles suspendues depuis le début de la maladie.

Antécédents: néant.

Bruits du cœur normaux. L'arythmie qu'elle présente paraît être d'origine respiratoire et liée entièrement à l'irrégularité de la respiration pendant qu'elle gémit.

Etat actuel: mélancolie anxieuse. Délire actif de culpabilité. Paroxysmes anxieux avec surexcitation motrice et angoisse, exagérés sous l'influence de l'examen et de l'interrogatoire.

Dermograph. plan, léger. Roc.: 60-59.

Le 20 septembre, Mx: 15; Mn: 6,5 (Pachon), calme.

10 octobre, Mx: 15; Mn: 9 (A.), crise anxieuse.

12 octobre, Mx: 16; Mn: 8,5 (Pachon).

OBSERVATION XXVII

Madame A..., 61 ans, malade depuis cinq ans.

Délire mélancolique avec idées d'indignité et d'autoaccusation. Idées confuses de persécution. Réactions anxieuses des plus vives. Idées actives de suicide. Quelques tentatives. Hallucinations de l'ouïe. Sent sa poitrine serrée comme si elle allait mourir, au moment où elle est angoissée; elle sent son cœur battre.

Ménopausée il y a cinq ans; a eu quatre enfants.

Constipation opiniâtre. Mains moites.

Actuellement est assez calme. Crises de pleurs avec an-

xiété, paroxysmes anxieux atténués et de courte durée. Idées d'auto-accusation à l'égard de sa famille.

Roc.: 92-92.

Le 20 septembre: Mx: 25; Mn: 13 (Pachon).

Le 10 octobre: Mx: 24; Mn: 12,5 (A.).

Le 12 octobre: Mx: 24; Mn: 13 (Pachon).

OBSERVATION XXVIII

Madame C..., 44 ans, malade depuis trois ans.

Mélancolie anxieuse. Craintes de misère. Idées de suicide dans lequel elle veut entraîner ses enfants. Migraines vers l'âge de 20 ans, tous les quinze jours pendant un an. Ténia.

Etat actuel: calme. Etat de bien. Pas de crises anxieuses. Pas d'agitation. Pas de délire. Système pileux: barbe. Bien réglée; a eu trois enfants.

10 octobre, 1^{re} détermination: Mx: 13 (A.). 2^e détermination (cinq minutes après): Mx: 12 (A.).

12 octobre: Mx: 14; Mn: 8 (Pachon); Roc.: 76-80.

OBSERVATION XXIX

Madame R..., 50 ans, malade depuis plusieurs années.

Mx: 17,5; Mn: 9.

Mélancolie anxieuse. Crises d'angoisse. Tentative de suicide. Actuellement, l'anxiété et l'angoisse ne se manifestent guère plus. Idées de persécution. Tachycardie. Peau sèche. Pas de dermatisme. Est encore réglée.

OBSERVATION XXX

Madame C..., 41 ans, malade depuis cinq ans.

Agitation anxieuse. Impulsions à la violence et au sui-

cide. Idées d'indignité. Crainte de contaminer tous ceux qui l'approchent. Réglée régulièrement. Céphalée vers l'âge de 30 ans.

Etat actuel: calme. Crises anxieuses rares. Démence.

20 septembre: Mx: 15; Mn: 7 (Pachon).

10 octobre: Mx: 13; Mn: 7 (A.); Roc.: 90-98.

Dermographisme, plan faible.

OBSERVATION XXXI

Madame A..., 65 ans, malade depuis trois ans.

Délire mélancolique. Périodes anxieuses. Craintes de ruine. Craintes pour l'avenir. Hallucinations de l'ouïe.

Ménopausée à 46 ans.

Etat actuel: calme, pas d'anxiété. Pas d'agitation. Hallucinations de l'ouïe. Cœur normal.

20 septembre: Mx: 18; Mn: 9 (Pachon).

10 octobre: Mx: 19; Mn: 10 (Pachon); Roc.: 82-98.

Dermographisme plan très léger.

OBSERVATION XXXII

Mlle A..., 20 ans, malade depuis trois ans.

Débilité mentale avec accès d'agitation anxieuse très violents sans motifs intellectuels, pendant lesquels elle cherche à se faire du mal et à faire le mal aux autres. Méninigte à 15 ans. Céphalées fréquentes. Mains moites. Bien réglée.

Attitude pendant la recherche: se comporte comme une débile et non comme une anxieuse.

20 septembre: Mx: 11; Mn: 8.

10 octobre: Mx: 12; Mn: 8; Roc.: 84-52.

Il n'a pas été possible de mesurer la P. A. pendant une crise d'agitation anxieuse.

OBSERVATION XXXIII

Madame C..., 51 ans, malade depuis trois ans.

Diagnostic: délire mélancolique avec craintes anxieuses: on va la tuer on veut la martyriser. Est encore réglée.

Etat actuel: est calme. Crises de pleurs de temps à autre. Ces crises disparaissent pour faire place à des idées de supériorité et de richesse et à un état euphorique. Démence.

15 septembre: Mx: 15; Mn: 7,5 (Pachon).

10 octobre: Mx: 14; Mn: 8 (A.); Roc.: 68-80.

OBSERVATION XXXIV

Mme A..., 45 ans, malade depuis plusieurs années.

Mx: 18; Mn: 9.

Délire mélancolique. Périodes anxieuses. Craintes de ruine. Craintes pour l'avenir. Hallucinations de l'ouïe. Actuellement: anxiété par crises paroxystiques peu fréquentes. Constipation.

Dermographisme très léger. Encore réglée.

OBSERVATION XXXV

Mme L..., 46 ans, malade depuis quatre ans.

Délire mélancolique avec crises anxieuses. Idées confuses de persécution. Pleure, gémit. Impulsions à la violence.

Hallucinations très vives de l'ouïe.

Crises d'angoisse au cours desquelles elle a les yeux saillants, elle crie et pleure. Respire bruyamment: « Je respire fort, dit-elle, pour avoir un peu de bonheur ».

Cœur normal. Selles quotidiennes. Bien réglée.

Actuellement: inquiétude à direction de persécution. Troubles de la sensibilité générale. Crises anxieuses paroxystiques tous les cinq jours, avec pleurs, cris, réactions violentes. Roc.: 102-100.

15 septembre: Mx: 21; Mn: 10,5 (Pachon).

10 octobre: Mx: 18; Mn: 11 (A.).

12 octobre: Mx: 18; Mn: 10,5 (Pachon).

OBSERVATION XXXVI

Mme N..., 39 ans, malade depuis sept ans.

Chronicité. Délire mélancolique avec idées de ruine. Hallucinations pénibles de l'ouïe. Anxiété par intervalles, croit qu'on tue ses enfants. Angoisse, qui lorsqu'elle se produit, est entièrement subordonnée à l'état psychique anxieux.

L'objet de cette anxiété est situé en dehors de sa personne. Quand on recherche chez elle le Roc., elle dit: « Vous crevez les yeux à quelqu'un ».

Règles suspendues depuis sept ans. Mains moites.

Actuellement: crises de pleurs alternant avec accès d'agitation maniaque. Les crises d'anxiété se sont espacées et ont une durée plus faible.

15 septembre: Mx: 14; Mn: 6,5 (Pachon).

10 octobre: Mx: 12; Mn: 6,5 (A.); Roc.: 86-70.

13 octobre (Pachon): faite pendant une crise de pleurs avec anxiété: Mx: 13; Mn: 8.

OBSERVATION XXXVII

Mme C..., 52 ans, malade depuis six mois.

Délire mélancolique avec anxiété. Craintes. Hallucinations terrifiantes de l'ouïe. Réactions de défense. Cherche sans cesse à fuir.

Actuellement: anxiété diffuse. Sent parfois sa poitrine serrée, tremble, n'est pas bien; elle est très inquiète en ce moment. Elle dit qu'elle a été morte, elle le sentait mais ne se souvient pas quel était son état à ce moment-là. Céphalées dans sa jeunesse. Radiale flexueuse. Les yeux sont brillants et fortement cernés.

10 septembre: Mx: 15; Mn: 8 (Pachon).

10 octobre: Mx: 15; Mn: 10 (A.).

12 octobre: Mx: 15; Mn: 8 (Pachon); Roc.: 76-74.

OBSERVATION XXXVIII

Mlle L..., 22 ans, malade depuis quatre mois.

Mx: 14; Mn: 10.

Etat de confusion avec stupeur au moment de l'entrée, succédant à de l'agitation confusionnelle avec hallucination terrifiantes de l'ouïe et de la vue. L'état de stupeur est interrompu par des ruptures anxieux. Refus de nourriture.

Actuellement: état d'attente anxieuse, état d'indécision absolue. Cherche à se lever et se recouche aussitôt après.

Bien réglée. Peau sèche. Constipation habituelle. Quelques débâcles diarrhéiques.

OBSERVATION XXXIX

Mme M..., 52 ans, malade depuis cinq ans.

Mélancolique chronique. Idées d'indignité. Etat d'in-

complétude. Attente anxieuse. Crainte de l'avenir. Anxiété surtout psychique. Souffrance morale. Gémît et pleure abondamment pendant l'examen.

Antécédents: réglée à 13 ans. Règles irrégulières. Anémie jusqu'à 18 ans. Croissance précoce. Migraines qui persistent encore. Vomissements de nature nerveuse.

Actuellement: dépression; vit isolée et triste dans l'attente de quelque malheur. Paroxysmes anxieux rares et d'acuité réduite. Crises de pleurs fréquentes, sans angoisse. Roc.: 114-120.

15 septembre: Mx: 18; Mn: 9 (Pachon).

10 octobre: Mx: 14; Mn: 8 (A.).

12 octobre: Mx: 17; Mn: 10 (Pachon).

Anxiété constitutionnelle

OBSERVATION XL

P..., 38 ans.

Syndrome psychasthénique déclenché par les événements de guerre chez un anxieux constitutionnel. Exagération de l'émotivité, préoccupations anxieuses, découragement, lassitude, céphalée. Pas de signes de lésion nerveuse organique. Wassermann positif. Liquide céphalo-rachidien normal.

Mx: 16; Mn: 10; Roc.: 80-96.

OBSERVATION XLI

S..., 21 ans, fantassin.

Débilité mentale, émotivité anormalement développée,

peur des obus, cauchemars macabres, terrifiants. Crises d'angoisse.

Mx: 16; Mn: 11 (A.); Roc.: 72-72.

Rareté du clignement, légère exophtalmie. Sécheresse habituelle de la bouche amygdales petites et atrophiques. Peau sèche (la transpiration était abondante à son entrée). Réflexe massétérin faible. Epiphora. Deux à trois selles par jour. Légère pollakiurie. Dermographisme saillant.

OBSERVATION XLII

M..., 21 ans, soldat auxiliaire.

Hémiplégie infantile droite avec léger arrêt de développement intellectuel et déséquilibre psychique; instabilité psychomotrice, tics. Très émotif, est préoccupé de son avenir. Il manque de confiance en lui-même. Crises de désespoir; l'idée que tout le monde le prend pour un incapable le rend très malheureux. Hyperesthésie cutanée. Réflexe tendineux vif.

Mx: 13; Mn: 9; Roc.: 64-64.

Dermographisme saillant.

OBSERVATION XLIII

C..., 25 ans.

Syndrome neurasthénique. Préoccupations hypochondriaques. Se sent énervé, inquiet, ne dort pas. Atonie gastrique. A eu dernièrement des palpitations qui ont disparu spontanément.

Pertes séminales depuis qu'il est au C. N. P. Accuse de la gêne épigastrique. Selles molles. Réflexes tendineux vifs.

Mx: 13; Mn: 8.

Roc.: 58-60, le 7 novembre 1916; Roc.: 62-62, le 10 novembre 1916.

OBSERVATION XLIV

D... Ptosis double congénital. Déséquilibre psychique. Léger degré d'anxiété diffuse. Tendances impulsives. Irritabilité. Troubles dyspeptiques.

Mx: 14; Mn: 9; Roc.: 72-74.

Psychonévroses avec anxiété

OBSERVATION XLV

G..., 38 ans, C. N. P. d'armée, versé dans le service auxiliaire pour troubles dyspeptiques (anxieux constitutionnel?)

Emotivité excessive avec crises d'anxiété et sensation vive d'angoisse physique avec tachycardie. Céphalalgie. Vertiges. Troubles consécutifs à une violente émotion de guerre.

Mx: 15; Mn: 10 (A.); Roc.: 114-118.

OBSERVATION XLVI

R..., 32 ans, secrétaire d'E. M., versé dans l'infanterie, C. N. P. d'armée.

Tremblement de type névropathique. Céphalée. Douleurs vertébrales, insomnie, forte emotivité, tendance à l'exagération et à la fabulation. Présente des paroxysmes au cours desquels il paraît en proie à une vive anxiété, mais il manifeste

des idées de suicide avec une affectation théâtrale. Ce malade rentrerait assez nettement dans la catégorie de sujets que Dupré considère comme présentant l'association d'un état mental imaginatif à une constitution émotive. Exagération des réflexes d'allure névropathique.

Roc.: 68-90; Mx: 13; Mn: 9.

OBSERVATION XLVII

P..., C. N. P. d'armée.

Violente émotion six mois auparavant. Commotion quelques jours avant son arrivée au Centre.

Paroxysmes alternativement vago et sympathico-toniques.

Première phase: crises anxieuses, sentiment de peur violente, tremblement, frissons, sensation de constriction thoracique. Réflexe massétérin net.

Roc.: 76-79; Mx: 13,3; Mn: 9 (A.).

Deuxième phase: crises hystériformes; Roc.: 70-67.

Hyperhydrose. Mains moites. Dort bien.

OBSERVATION XLVIII

F..., 43 ans.

Alcoolisme probable bien que nié par le sujet. Intoxication légère par les gaz avant son entrée. Il est triste, déprimé, ne paraît pas très anxieux. Cependant il manifeste de l'inquiétude à plusieurs reprises au sujet de sa santé. Il n'a pas d'idées de suicide. Cauchemars professionnels. Mémoire un peu paresseuse. Léger tremblement des extrémités.

Mx: 17; Mn: 10.

OBSERVATION XLIX

D..., 36 ans.

Dépression psychique, idées hypochondriaques; anxiété légère, préoccupations diverses; troubles dyspeptiques sans caractère précis; pas de signes de lésion du système nerveux.

Mx: 13; Mn: 9.

OBSERVATION L

D..., 32 ans.

Lourde hérédité psychopathique. Déséquilibre de l'émotivité. Alternance des phases d'activité euphorique et de phases de dépression. Instabilité psychomotrice; fugues. Il a déserté pour aller voir sa femme malade. Son départ a été précédé d'une phase d'anxiété et d'angoisse, au cours de laquelle il luttait contre son impulsion. Cette anxiété a disparu et a fait place à un sentiment de bien être lorsqu'il a cédé.

Mx: 14; Mn: 9.

OBSERVATION LI

B..., 21 ans.

Crises syncopales chez un sujet présentant depuis son enfance des troubles psychopathiques tels que: agoraphobie, misogynie, méfiance constante vis-à-vis de tous; tendance à se croire persécuté; impulsions, colères, etc. Sujet très intelligent, a préparé l'Ecole normale supérieure.

Depuis plusieurs mois, aprosexie, sentiment de diminution de la personnalité, absences, automatisme verbal, idées vagues de persécution, hallucinations de l'ouïe, surtout musicales (cloches, messe des morts), sensations cénesthopathiques; paroxysmes anxieux. On note quelques gestes stéréotypés.

Exagération des réflexes du type névropathique.

Mx: 12; Mn: 8.

OBSERVATION LII

M..., 29 ans.

Légère dépression psychique; émotivité anxieuse. Il a parfois des réveils en sursaut et des palpitations.

Mx: 12; Mn: 9.

OBSERVATION LIII

P..., 26 ans.

Réactions anxieuses chez un déséquilibré dont l'émotivité a été développée au plus haut point par les événements de guerre. Désertion.

Mx: 16; Mn: 11.

OBSERVATION LIV

P..., 45 ans.

Préoccupations hypochondriaques au sujet de sa mémoire qui a faibli un peu. Exagération de l'émotivité. Tendance à la tristesse.

Mx: 14; Mn: 8.

OBSERVATION LV

A..., 30 ans.

Débilité mentale; alcoolisme chronique; désertion accomplie dans un état de peur anxieuse, à la suite d'un bombardement. Cauchemars angoissants. Zoopsie. Tremblement des lèvres, de la langue et des doigts. Pyrosis, pituite matinale.

Mx: 14; Mn: 10.

OBSERVATION LVI

B..., 43 ans.

Alcoolisme chronique. Il aurait été interné pendant près

d'un an pour troubles mentaux d'origine alcoolique. Colères; réactions anxieuses; réveils angoissés avec palpitations. Il demande une permission pour aller voir son frère au sujet duquel il est très inquiet; on la lui refuse, il déserte. Léger tremblement.

Mx: 15; Mn: 10.

OBSERVATION LVII

T..., 26 ans.

Ancien toxicomane (il prenait de l'éther et de la morphine avant la guerre, mais il a cessé). Légère dépression psychique, insomnie. Etourdissements fréquents. Au total, syndrome psychasthénique assez léger chez un commotionné. Constipation. Roc.: 48-56.

OBSERVATION LVIII

D..., 43 ans.

Vagues préoccupations hypocondriaques.

Roc.: 66-66; Mx: 13; Mn: 8.

Il appartient à cette catégorie de malades qui ont traîné d'hôpital en hôpital avec le diagnostic vague de neurasthénie, d'algie, de fatigue nerveuse, etc.

OBSERVATION LIX

C..., 35 ans.

Léger déséquilibre psychique, instabilité psychomotrice. Emotivité exagérée. Il s'inquiète facilement mais ne présente pas de réactions anxieuses nettes.

Mx: 13,5; Mn: 9.

Manifestations psycho-névrosiques diverses.

OBSERVATION LX

B..., 33 ans.

Psychonévrose émotionnelle avec paroxysmes anxieux; érétisme cardiaque. Tremblements. Réflexes tendineux vifs.

Mx: 14; Mn: 9.

La première détermination de Mx donnait 15; après un moment on a obtenu 14. Il a suffi d'un mot provoquant une émotion légère chez le sujet pour que la pression Mx s'élève à 17.

OBSERVATION LXI

P..., 37 ans.

Idées hypochondriaques multiples. Céphalalgie. Atonie gastrique, constipation. Sensation d'oppression thoracique.

Mx: 15; Mn: 10, à l'entrée du malade; à la sortie: mx: 13; Mn: 9.

Roc. d'abord: 64-64, devient quelques jours après 77-76.

Réflexe massétérin un peu vif.

Il aurait, à certains moments, des transpirations abondantes.

OBSERVATION LXII

M..., 35 ans.

Antécédents éthyliques. Violente émotion il y a quelques mois à la suite d'un éclatement d'obus. Déséquilibre de l'émotivité, anxiété. Idée obsédante ayant pour origine un chagrin intime (trompé par sa femme il se croit en butte à la méchanceté de ceux qui connaissent son infortune). Réflexe massétérin vif. Sommeil assez bon. Appétit exagéré.

Roc.: 69-67; Mx: 15; Mn: 10.

Il transpire peu habituellement, mais transpirerait davantage depuis le début des troubles actuels.

OBSERVATION LXIII

D..., 32 ans.

Alcoolisme chronique. Crises épileptiformes. Cauchemars nocturnes terrifiants. Emotivité anxieuse très développée. Les crises convulsives ont pour aura une violente angoisse.

Roc.: 70-62; Mx: 16; Mn: 11.

OBSERVATION LXIV

M..., 35 ans.

Blessé à la tête par balle et trépané deux fois. Céphalalgie. Crises d'angoisse avec sensation d'étouffement; cyanose, nausées, transpirations, douleurs oculaires. Il a présenté un jour de l'engourdissement et de la parésie du membre supérieur gauche et du côté gauche de la face.

Roc.: 63-70; Mx: 16; Mn: 11.

OBSERVATION LXV

L..., 28 ans.

Psychonévrose cardiaque. Sujet très émotif. Terreurs nocturnes avec réveil en sursaut, palpitations, et sensation d'étouffement. Crises nerveuses de trois types:

- 1° Sensation de serrement à la poitrine et à la gorge, gêne respiratoire suivie d'une crise d'abondantes larmes;
- 2° Crises avec perte de connaissance précédée d'une sensation d'étouffement;
- 3° Il éprouve des fourmillements au bout des doigts, puis

au bout de la langue; il a la sensation que sa langue augmente de volume et lui cause de la gêne dans la bouche, il cesse de voir pendant quelques secondes, réalise quelques mouvements de projection d'arrière en avant, mais sans perte de connaissance.

Mx: 16; Mn: 10.

OBSERVATION LXVI

J..., 31 ans.

Déséquilibre de l'émotivité. Crises anxieuses provoquées par les bombardements. Paraît avoir présenté un peu de confusion mentale avant son entrée au C. N.

Tachycardie émotive. Tremblement. Pression artérielle difficile à prendre.

Mx: 17, puis 15; Mn: 9.

OBSERVATION LXVII

B..., 42 ans.

Céphalalgie. Douleurs de siège variable. Tremblement. Préoccupations hypocondriaques. Émotivité extrême. Wassermann négatif.

Roc.: 62-63; Mx: 16; Mn: 10.

OBSERVATION LXVIII

P..., 25 ans.

Vertiges, réactions émotives exagérées lorsqu'il se trouve dans une zone bombardée. Tendance à la fabulation.

Roc.: 76-80; Mx: 12; Mn: 8.

CHAPITRE II

INTERPRETATION DES FAITS CLINIQUES

Les observations qui précèdent nous montrent que, fréquemment, la pression artérielle est élevée dans les états anxieux.

Un premier classement permet de diviser en deux groupes ces observations :

Dans les unes, l'élévation de la pression artérielle paraît due à des lésions organiques non douteuses, dont on a pu retrouver l'origine (alcool, syphilis, uricémie, etc.). Ce premier groupe est caractérisé par des hypertensions lésionnelles généralement élevées.

Le second groupe comprend des anxieux chez lesquels l'élévation de pression artérielle ne peut être rattachée à aucune cause organique connue.

Laissant pour l'instant de côté le premier groupe, nous nous occuperons uniquement du deuxième.

Une analyse attentive permet de voir que l'élévation de pression artérielle chez les malades de ce second groupe, s'observe surtout chez les anxieux qui accusent une sensation physique d'angoisse. Par contre, chez les mélancoliques avec stupeur, ou chez les sujets présentant des paroxysmes anxieux assez rares, la pression artérielle, prise

dans l'intervalle de ces paroxysmes donne des chiffres habituellement normaux.

Si l'on envisage un anxieux pendant une crise d'angoisse, il est à peu près constant de noter de l'hypertension. Le même examen pratiqué dans un moment de calme, au moins relatif, montrera, suivant les cas, soit une pression voisine de la normale, soit une pression augmentée.

On se trouve en présence de deux catégories de malades : les uns, à pression artérielle normale, ne présentent de l'angoisse que d'une manière intermittente, les paroxysmes sont espacés, et ne se produisent pas depuis très longtemps.

Les autres, ceux dont la pression artérielle est élevée, sont des sujets chez lesquels l'angoisse est presque continue ou chez lesquels les paroxysmes anxieux sont rapprochés, ou encore, qui présentent depuis un temps déjà long des réactions anxieuses.

Nos observations nous montrent en effet que certaines psychonévroses et psychoses de guerre dans lesquelles l'anxiété et l'angoisse n'interviennent qu'au titre d'éléments épisodiques et passagers, ne s'accompagnent, en général d'aucune élévation permanente de la pression artérielle.

Par contre, chez les vieux mélancoliques, à condition toutefois que le myocarde ne présente pas d'insuffisance, et chez les anxieux constitutionnels, la pression artérielle est presque toujours supérieure à la normale.

Sauf chez les sujets dont l'hypertension artérielle présente une origine organique indépendante de la psychose, et chez lesquels on peut observer des élévations très considérables de la pression (nous avons éliminé provisoirement ce groupe de malades), les élévations que nous avons remarquées sont en général modérées. Elles restent pendant

longtemps au stade de l'hypertension fonctionnelle; l'hypertension lésionnelle est rare, tardive.

La comparaison des chiffres de la pression Mx et de la pression Mn, et l'étude de la pression différentielle, donnent lieu à des remarques intéressantes.

Chez des sujets qui réalisent de l'angoisse pour la première fois, la mesure de la pression artérielle montre que l'élévation est peu marquée en ce qui concerne la pression Mx, et, si l'on s'en tenait à cette seule mesure, on pourrait croire que la pression reste à peu près normale.

Ce fait a été particulièrement bien mis en évidence dans les états émotifs anxieux provoqués par les événements de guerre à la suite des émotions répétées. Certains faits que nous avons pu observer sont en parfait accord avec les remarques des différents auteurs qui se sont occupés de la question.

Mais, si l'on suit ces sujets, on constate, ou bien que leur état anxieux s'atténue et disparaît, et la pression revient à la normale après une courte phase de déséquilibre vasculaire, ou bien, l'état anxieux persiste, tend à passer à la chronicité, les paroxysmes angoissants se renouvellent; la pression Mn garde alors la même valeur, mais le myocarde s'adapte à son nouveau régime circulatoire en renforçant l'énergie des systoles, la pression Mx s'élève et un nouvel équilibre circulatoire se trouve réalisé. Toutefois, malgré cet effort réactionnel du cœur, il n'est pas rare de constater que la pression différentielle reste souvent au-dessous de ce qu'elle devrait être.

On sait quelles sont les règles qui permettent de reconnaître si l'écart des deux pressions est suffisant: lorsqu'on mesure la pression avec l'oscillomètre de Pachon, la pression Mn doit avoir comme valeur la moitié de la pression

Mx, plus 1 : ainsi, chez un sujet ayant une Mx : 16 la pression Mn $= \frac{16}{2} + 1 = 9$. D'où la formule $Mn = \frac{Mx}{2} + 1$.

On peut encore rechercher le rapport $\frac{Mx}{Mn}$. Normalement ce rapport doit être de 1,6 ; quand la valeur de ce rapport s'abaisse il y a élévation de la pression Mn avec élévation insuffisante de la pression Mx.

Lorsqu'on emploie les méthodes palpatoire et auscultatoire et ce sont celles dont nous nous sommes surtout servi, la pression différentielle, P. D., doit égaler $\frac{Mn}{2}$ et $\frac{Mx}{3}$ autrement dit Mx : 3. P. D. et Mn : 2 P. D.

Ainsi l'équilibre circulatoire est normal chez un homme dont la Mx : 12 et Mn : 8. P. D. = 4 donc Mx : $3 \times 4 = 12$ et Mn : $2 \times 4 = 8$.

Appliquons cette règle à nos malades :

Dans l'obs. XL par exemple : Mx : 16 et Mn : 10.

$$\frac{Mn}{2} = \frac{10}{2} = 5$$

La pression différentielle devrait être 5 et Mx devrait égaler 15. Mx : 15 serait suffisant, donc l'élévation relativement exagérée de Mx rétablit l'équilibre.

Dans l'observation XLI, Mx : 16 et Mn : 11 $\frac{11}{2} = 5,5$ Mx devrait égaler 16,5 c'est-à-dire trois fois 5,5. L'équilibre est encore à peu près normal, il serait légèrement insuffisant, mais dans la pratique on ne tient pas compte de ces petites variations.

Dans l'obs. XXVII, Mx : 24 et Mn : 12,5 $\frac{12,5}{2} = \frac{12,5}{2} = 6,25$ Mx devrait égaler 18,7. La pression Mx est plus élevée que ce qu'elle devrait être, la compensation est donc plus que suffisante.

Ces différents malades pris pour exemple, sont, comme on le voit, des anxieux constitutionnels ou de vieux mélancoliques; il est normal, on le comprend aisément, que l'équilibre circulatoire soit rétabli.

Il n'en est pas de même chez des sujets en proie à des émotions angoissantes de guerre, ou chez lesquels l'angoisse est relativement récente, comme dans certains états confusionnels aigus.

Le déséquilibre cardio-vasculaire apparaît. L'exemple de l'obs. XXXVIII est typique:

La pression, prise au Pachon, est de Mx: 14 et Mn: 10. Par application de la première formule:

$$Mn = \frac{Mx}{2} + 1, \text{ on a } Mn = \frac{14}{2} + 1 = 8$$

Il y a donc élévation considérable de Mn sans que Mx ait suivi une élévation parallèle.

Dans certains états d'émotivité anxieuse de guerre, l'élévation relativement plus forte de Mn peut être mise en relief de la même manière.

Etienne et Richard notent que si Mx s'élève de 9-10 de centimètre de mercure, Mn au lieu de s'élever de 3-10, ce qui serait normal, montera de 7-10, 8-10, 9-10 et quelquefois plus. Un sujet normal qui a pour pression 12 et 8 aura donc 13 et 9 à la suite d'un choc émotif. Dans ce cas $\frac{Mn}{2} = 4,5$ donc Mx devrait être $3 \times 4,5 = 13,5$.

Il existe donc dans les états anxieux de l'hypertension artérielle. Celle-ci paraît liée à la sensation physique de l'angoisse, elle est passagère ou permanente suivant que l'angoisse disparaît ou persiste. Etudiée dans son évolution, cette hypertension a pour point de départ une élévation de Mn qui finit par entraîner une élévation parallèle et compensatrice de Mx.

CHAPITRE III

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Comment interpréter cette élévation de pression artérielle?

Dans la plupart de nos observations, nous avons noté, en même temps que ces modifications de la pression artérielle, diverses modifications sur lesquelles Euzière et Margarot ont attiré récemment l'attention et qui semblent traduire l'existence, chez ces sujets, au moment de leurs crises d'angoisse, d'une prépondérance marquée des réactions du grand sympathique.

On sait que le fonctionnement des organes de la vie végétative est conditionné par l'action de deux systèmes antagonistes qui sont, d'une part, le système autonome, d'autre part, le système sympathique.

Le système autonome se trouve essentiellement constitué par le pneumogastrique, aussi l'appelle-t-on quelquefois système vague. Mais le pneumogastrique s'adjoint un certain nombre de fibres viscérales qui viennent de différents nerfs.

Font partie du système vague :

Des fibres de la troisième paire (fibres autonomes du mé-

sencéphale). Elles innervent le sphincter pupillaire et les muscles ciliaires.

Des fibres du nerf intermédiaire de Wirsberg, qui donnent naissance à la corde du tympan, qui est le nerf vasodilatateur de la langue, des glandes sous-maxillaire et sublinguale et qui fournit les filets sécrétoires de ces glandes;

Des fibres de la cinquième paire qui sont vasodilatatrices et sécrétoires pour la parotide;

Des fibres viscérales pelviennes.

Le système grand sympathique est composé, comme on le sait, de trois systèmes de ganglions, sur la description anatomique desquels nous ne croyons pas utile d'insister.

Julian Mast Wolfsohn dresse un tableau que nous reproduisons, des symptômes et des signes dont la constatation permet de conclure à l'existence de la prépondérance du système vague ou du système sympathique.

<i>Symptômes et signes vagotoniques</i>	<i>Symptômes et signes sympathico-toniques</i>
1° Myosis.	1° Mydriase.
2° Spasme de l'accommodation.	2° Paralysie de l'accommodation.
3° Epiphora.	3° Sécheresse des globes oculaires.
4° Hyperhydrose.	4° Sécheresse de la peau.
5° Fréquence du clignement.	5° Rareté du clignement (S. de Dalrymple).
6° Salivation avec crachement continu.	6° Sécheresse de la bouche.
7° Hyperacidité du contenu gastrique.	7° Hypoacidité du contenu gastrique.
8° Achylie.	8° Gastrosuccorrhée.
9° Hypermotilité de l'estomac et des intestins.	9° Diminution du tonus intestinal.
10° Vomissements.	
11° Diarrhée (8-10 f. p. jour).	11° Constipation.

- | | |
|--|---|
| 12° Spasme du côlon. | 13° Défaut de convergence des yeux (S. de Mœbius). |
| 14° Colique hépatique. | 15° Fente palpébrale large. |
| 16° Enophtalmie. | 16° Exophtalmie. |
| 17° Bradycardie. | 17° Tachycardie. |
| 18° Abaissement de la pression artérielle. | 18° Pression artérielle élevée. |
| | 19° Vaso-constriction, comme on en voit :
a) Dans les anémies périphériques ;
b) Dans la claudication intermittente, etc. |
| 20° Pollakiurie. | 20° Relâchement du sphincter (incontinence). |
| | 21° Urticaire. |
| 22° Attaques d'asthme. | |
| 23° Œsophagisme. | |
| 24° Entéro-colite (analogue à asthme bronchique). | |
| 25° Gastros spasme et pylorospasme. | 25° Atonie de l'estomac. |
| 27° Dermatographie. | 26° Gastropiose. |
| 28° Status thymo-lymphatique évident. | 27° Pas de dermatographie. |
| 29° Réflexe masséterin presque absent. | 28° Amydales petites et atrophiées. |
| 30° Eosinophilie. | 29° Réflexe masséterin accentué. |
| 31° Irrégularité du pouls et de la respiration (ce qui disparaît avec atropine). | 30° Eosinopénie. |
| 32° Irrégularité de la respiration (ce qui disparaît avec atropine). | 32° Tachypnée avec dyspnée (non influencée par atropine). |
| 33° Mains et pieds moites. | 33° Mains et pieds secs. |
| 34° Priapisme. | |
| 35° Réflexe oculo-cardiaque + | 35° R. O. C. — |
| 36° Après atropine R. O. C. — | |

- | | |
|--|---|
| 37° Augmentation de la tolérance pour les graisses. | 37° Stéatorrhée. |
| 38° Augmentation de la tolérance pour les hydrates de carbone (avant et après l'administration de l'adrénaline). | 38° Diminution de la tolérance pour les hydrates de C. (avant et après l'administration de l'adrénaline). |
| 39° La pilocarpine produit une salivation considérable. | 39° La pilocarpine ne fait pas saliver. |

Les recherches effectuées par différents auteurs, ont montré qu'il était exceptionnel de trouver des sujets chez lesquels existe d'une façon constante, soit de la vagotonie, soit de la sympathicotomie.

Presque toujours, il existe une prépondérance de certaines parties de chaque système, et cette prépondérance est souvent passagère, comme on peut le supposer d'un phénomène soumis aux lois générales de l'équilibre physiologique.

Aussi, ne devons-nous pas être surpris de trouver dans nos observations, interprétées à l'aide de ce tableau, des manifestations qui ont notoirement pour origine le système vague. Toutefois, ces manifestations vagotoniques sont peu nombreuses et habituellement accessoires. Par contre, les symptômes et les signes de sympathicotomie sont au premier plan.

Tout d'abord, l'analyse des phénomènes de l'angoisse, envisagée en elle-même, nous montre la prépondérance de celle du sympathique.

L'angoissé présente un masque spécial: la pâleur de la face est habituelle chez lui, les traits sont tirés, les plis ont une tendance à devenir verticaux, la figure s'allonge, un oméga se dessine sur le front. La fente palpébrale est élargie, le clignement est rare, l'exophtalmie fréquente, la pupille se dilate. Les yeux sont quelquefois brillants. La

sécrétion salivaire semble tarie; la langue est sèche. On note de l'horripilation. Le sujet, complètement immobile, ne parle pas ou bien n'émet que des sons rauques; on connaît le vers classique:

Obstupui, steteruntque comæ et vox faucibus hæsit.

Il est couvert d'une sueur froide, les battements du cœur sont accélérés; une émission involontaire d'urine peut se produire. Au bout de quelques instants apparaît parfois un tremblement; des larmes coulent d'abord accompagnées de sanglots, puis sans aucun phénomène spasmodique. On observe parfois de la diarrhée.

Un peu plus tard survient une polyurie claire, en même temps que les phénomènes de l'angoisse disparaissent progressivement.

Si l'on examine ces faits en les rapprochant des phénomènes subjectifs de l'angoisse, on constate que la plupart d'entre eux sont en rapport avec une activité exagérée du système sympathique. La sensation de vide cérébral, la pâleur de la face, s'expliquent aisément par une vasoconstriction des vaisseaux céphaliques, et l'on sait que cette dernière se trouve sous la dépendance du sympathique cervical.

Le malaise oculaire, les troubles de la vue (phénomènes subjectifs) et les manifestations objectives qui les accompagnent (exophtalmie, rareté du clignement, mydriase, sécheresse des globes oculaires), sont déterminés par une excitation anormale du sympathique. La sensation de gorge sèche et de bouche amère, l'état saburral des premières voies digestives, l'inappétence subite, s'expliquent par l'inhibition de la vasodilatation de la langue et des glandes salivaires par l'action fréno-sécrétoire exercée sur la sécrétion de la salive, et par l'apparition dans la bouche d'une

sécrétion pâteuse, très riche en produits solides (salive sympathique).

Les frissons, la sensation de chair de poule, sont la traduction subjective d'une vaso-constriction périphérique et d'une contraction des muscles érecteurs des poils; tous phénomènes qui sont sous la dépendance d'une excitation sympathique.

Les sueurs froides résultent d'une activité sécrétoire exagérée se produisant en même temps qu'une vaso-constriction intense. Normalement, l'activité sécrétrice d'une glande, s'accompagne d'une vaso-dilatation parallèle. Ici, une dissociation se produit. Il en résulte une sueur froide et visqueuse (sueur sympathique).

Les palpitations, l'élévation de la pression artérielle, le malaise précordial, la sensation de constriction thoracique, sont le résultat d'une prépondérance marquée du sympathique cardiaque sur le vague. La recherche du réflexe oculocardiaque montre que ce réflexe est inversé (1).

Les phénomènes de défaillance organique, qui, chez certains cénestopathes, vont jusqu'à entraîner l'idée d'un changement ou d'une absence d'organes, se comprennent parfaitement si l'on songe que le sympathique est, d'une manière générale, inhibiteur des fibres lisses du tractus gastro-intestinal.

La plupart des troubles subjectifs et des manifestations physiques de l'angoisse dont nous avons vu l'étroite union, se trouvent ainsi expliqués par l'hypothèse d'une exagération de l'activité du sympathique. Toutefois, un certain nombre de phénomènes que nous avons décrits, se ratta-

(1) Euzière et Margarot. . . Le réflexe oculo-cardiaque dans les états anxieux (Gaz. des Hôpit., 1919).

chent manifestement, soit à l'activité du système vague, soit à celle du système cérébro-spinal.

La sécrétion lacrymale est nettement sous la dépendance de l'action du système autonome (nerf lacrymal). Quelques auteurs font cependant des larmes un symptôme de l'angoisse. Dans la réalité, un sujet angoissé ne pleure pas, il a l'œil sec, ou, plus exactement, brillant de cette sécrétion lacrymale sympathique, caractérisée par la présence d'une quantité plus élevée de substances solides. Mais bientôt, suivant un phénomène fréquemment observé, une réaction se fait dans le système vague, destinée à contrebalancer le fonctionnement exagéré du sympathique. Des larmes perlent à l'angle interne des yeux ; elles sont d'abord rares et amères, puis elles deviennent de plus en plus fluides.

L'abondance de la sécrétion marque le changement qui se produit dans les réactions du système nerveux de la vie végétative. L'action tonique du vague l'emporte désormais sur celle du sympathique. Au fur et à mesure que les larmes coulent, la sensation d'angoisse disparaît. Le sujet éprouve une sensation de soulagement, de douceur et d'apaisement.

Les expressions populaires, qui renferment souvent des vérités psychologiques profondes (1), expriment ce fait d'une façon très imagée (Laissez pleurer..., s'il pouvait pleurer... etc.). Lange insiste sur ce fait, que les larmes commencent quand la tristesse décroît, et il cite cette phrase de Descartes : « *Lacrime non promanant ab extrema tristitia, sed solum a mediocri* » (Cartesius, De Pass. animi, art. 128).

(1) Profondeur immense de pensée dans les locutions vulgaires, trous creusés par des générations de fourmis. *Beaudelaire*. (Mon cœur mis à nu).

Bien que le problème de l'innervatoir des réservoirs et des sphincters soit complexe et renferme des données contradictoires, on rattache habituellement l'incontinence d'urine à des réactions sympathicotoniques et l'on considère la polyurie, la pollakiurie et la diarrhée comme répondant à une hypertonie du vague. Un trouble sphinctérien immédiat peut se produire, mais la polyurie et la diarrhée émotives sont nettement secondaires et traduisent encore la réaction du vague.

Un troisième groupe de manifestations physiques montre l'entrée en scène du système nerveux de la vie de relation. On note à la fois des phénomènes d'arrêt moteur (immobilité aspect figé) et des contractions de muscles striés (facies dit angoissé). En réalité, si l'on analyse la traduction psychologique de ces attitudes, on s'aperçoit qu'elles répondent plutôt à la représentation psychique de l'angoisse qu'à l'angoisse elle-même.

Sans doute, il est légitime de les rattacher à cette dernière, mais, à la condition de souligner leur caractère secondaire. Il en est de même des mouvements qui peuvent apparaître chez l'angoissé après le choc initial (mouvements désordonnés, tremblements, fuite, etc.).

L'angoisse apparaît donc comme étroitement liée à une activité anormale du sympathique. Elle peut s'accompagner de manifestations se produisant dans le domaine du système vague ou du système de la vie de relation, mais ces manifestations sont habituellement secondaires.

L'angoisse peut cependant apparaître comme une réaction secondaire du sympathique au cours d'un état vagotonique. C'est ce que l'on observe par exemple dans l'asthme.

Mais, qu'elle soit primitive ou secondaire, elle ne se manifeste que lorsque le tonus sympathique s'exagère et elle

ne s'atténue que lorsque ce dernier cesse d'être prépondérant.

Si l'exagération de l'activité du sympathique est manifeste au cours d'un paroxysme anxieux, cette hyperactivité peut être permanente chez certains sujets. On trouve alors chez eux des signes de sympathicotonie constants au premier plan.

Il suffit de parcourir nos observations pour voir que nos malades se divisent à ce point de vue en deux groupes dont nous avons déjà signalé l'existence : le premier répond à ceux qui ont de l'angoisse très fréquente, et depuis longtemps ; le second, à ceux qui n'ont de l'angoisse que d'une manière intermittente et accessoire.

Chez les sujets du premier groupe, on constate les signes suivants : absence d'appétit, sécheresse de la bouche, constipation, tachycardie, élévation de la pression artérielle, accentuation des réflexes tendineux et du réflexe massétérin, tachypnée. Le réflexe oculo-cardiaque est négatif.

Ces malades réagissent peu ou pas à la pilocarpine. Chez quelques-uns, les amygdales sont petites et atrophiées ; un certain nombre présente de la transpiration, mais sous la forme constante de sueurs froides ; quelques-uns offrent une sécheresse remarquable de la peau. La plupart présentent une pâleur cireuse.

Chez d'autres, apparaissent par moments des placards congestifs ; il s'agit là d'un fait qui, au premier abord, peut paraître en désaccord avec les autres phénomènes. Il y aurait à son sujet matière à discussion, et diverses interprétations pourraient être proposées ; nous nous bornons à le signaler, en indiquant toutefois que Cheinisse (*Semaine médicale*, 1912), donne la rougeur du visage en placards comme faisant partie des manifestations sympathicotoniques.

Chez les malades de ce premier groupe, l'œil est habi-

tuellement brillant, mais l'exophtalmie et la mydriase n'apparaissent généralement qu'à l'occasion d'un paroxysme anxieux. À ce moment, ils présentent au maximum les divers signes d'un tonus sympathique exagéré. Dans l'intervalle des paroxysmes, et seulement alors, on peut noter quelques manifestations traduisant une réaction du vague (larmes, diarrhée, polyurie, etc.).

Chez les sujets du second groupe, il s'agit de syndromes en général complexes : l'anxiété et l'angoisse ne constituent plus le trouble dominant ; elles ne se manifestent que d'une manière accessoire, et par intermittence. Les signes traduisant l'activité du sympathique et celle du vague présentent des variations analogues. Dans ce cas, on observe simultanément des troubles se rattachant à la vagotonie et à la sympathicotonie. Il semble qu'il existe une égale sensibilisation des deux systèmes aux excitants.

Ces notions étant établies dans leur ensemble, on voit comment peut s'expliquer l'hypertension artérielle chez ces malades : l'angoisse s'accompagne, nous l'avons vu, d'une vaso-constriction énergique. Le premier effet de cette vaso-constriction est d'élever la pression Mn (et on trouve réalisée une des formules que nous avons mis en évidence dans notre travail). De là, réaction compensatrice du cœur et hypertension fonctionnelle permanente.

Chez les sujets que nous avons eu en vue jusqu'à présent, l'élévation de la pression artérielle a été en quelque sorte fonction de l'angoisse. L'émotion anxieuse s'est accompagnée d'hypertension artérielle qui, de passagère est devenue permanente suivant le mécanisme que nous avons indiqué. Chez ceux-ci l'hypertension est longtemps fonctionnelle.

Nous devons maintenant dire un mot des cas un peu complexes dans lesquels l'hypertension artérielle perma-

nente paraissait surtout avoir pour origine une cause organique, indépendante du trouble psychique

On connaît l'angoisse extrême qui accompagne l'angine de poitrine, les lésions aortiques et, d'une façon générale, toutes les lésions d'hypertension. Que de semblables maladies réalisent des troubles psychiques, cette angoisse, d'origine très spéciale, figurera parmi les éléments cliniques des syndromes. Ces hypertendus, artério-scléreux, alcooliques, syphilitiques, goutteux, diabétiques, etc., vrais hypertendus lésionnels, présenteront des délires où l'angoisse apparaîtra volontiers, entraînant en même temps l'anxiété. La forme anxieuse de la P. G. de guerre s'explique peut-être de cette manière.

En définitive, il existerait deux sortes d'anxieux ayant une pression artérielle élevée :

1° Ceux dont l'angoisse a un point de départ psychique et constitue une dérivation somatique de l'anxiété ; de ceux-ci on pourrait dire qu'ils sont hypertendus parce qu'ils sont anxieux.

2° Ceux dont l'angoisse est d'origine physique et prend naissance dans un trouble circulatoire grave dont la formule générale se résume en une forte hypertension lésionnelle. Cette douleur physique chez des délirants, entraîne volontiers de l'anxiété psychique, et on peut dire de ces malades qu'ils sont anxieux parce qu'ils sont hypertendus.

Il nous reste à fixer un dernier point de physiologie pathologique :

On sait, que, dans certains cas d'émotion anxieuse, la sécrétion de l'adrénaline par les surrénales se trouve exagérée. Or, l'adrénaline a pour effet d'augmenter considérablement la pression artérielle. Nous sommes ainsi amené à aborder un des côtés du problème des relations du sys-

tème nerveux de la vie végétative avec les glandes à sécrétion interne.

Sans entrer dans le détail d'un débat qui sortirait de notre sujet, nous nous bornons à rappeler que l'adrénaline est le réactif du système sympathique.

L'expérimentation a démontré l'augmentation de l'activité fonctionnelle des surrénales à la suite des émotions. D'autre part, les émotions de guerre ont été suivies dans de nombreux cas, de troubles manifestes des glandes à sécrétion interne: on sait combien était fréquente la disparition des règles chez les femmes exposées aux bombardements; on a vu s'arrêter la sécrétion lactée; on a noté des syndromes basedowiens fréquents, de la glycosurie, etc.

D'autre part, on entrevoit d'une façon de plus en plus précise, les rapports qui existent entre la mélancolie de la ménopause et les modifications des sécrétions glandulaires qui se produisent à ce moment.

Au premier abord, aucune règle générale ne paraît présider à ces troubles sécrétoires. Si, certains, comme ceux que nous étudions, paraissent se rattacher étroitement à une hypersécrétion de l'adrénaline, les autres sont liés à des sécrétions endocriniennes souvent antagonistes de la sécrétion surrénale, la thyroïde par exemple; et si les premiers sont caractérisés par des troubles essentiellement sympathicotoniques, les seconds seraient plus volontiers l'expression d'une vagotonie permanente.

En réalité, bien que le problème des interactions glandulaires soit encore loin d'être solutionné, et que nous pensions devoir adopter à cet égard la réserve prudente de Glay, nous croyons que l'on peut admettre, avec les auteurs américains, que la réaction surrénalienne à l'émotion est primitive; les autres troubles sécrétoires étant d'ordre purement réactionnel, et destinés à rétablir l'équilibre humoral rompu, quitte à le rompre dans un autre sens,

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de l'état anxieux. Nous nous contenterons de mettre en garde le clinicien contre la tendance abusive qu'ont certains psychiâtres modernes à voir de l'anxiété partout, et de parler d'anxiété sur la simple constatation d'un délire qui la justifie ordinairement.

Le diagnostic d'hypertension artérielle, facile lorsqu'il s'agit de grosses hypertensions sera souvent délicat lorsqu'on se trouvera en présence d'hypertensions moyennes et légères.

En effet, il faut déterminer la pression artérielle indépendamment des modifications accidentelles qui peuvent passagèrement l'augmenter au moment de l'examen. Aussi conviendra-t-il de pratiquer les examens chez les sujets, à un moment assez éloigné des repas, et de les faire allonger pendant quelques minutes avant la recherche, de façon qu'ils soient dans un état de repos physiologique aussi complet que possible.

On n'oubliera pas, d'autre part, que l'on a affaire à des émotifs, et que ces sujets font volontiers de l'accélération du pouls et de l'élévation de la pression artérielle à l'oc-

casion d'un examen. Le médecin devra donc s'armer de patience et pratiquer des examens répétés, à plusieurs minutes d'intervalle. Dans ces conditions on verra souvent, comme nous l'avons noté dans certaines de nos observations, qu'une pression Mx primitivement assez forte, s'abaisse parfois de plusieurs centimètres de mercure.

D'autre part, il suffit souvent de provoquer une émotion légère chez ces sujets pour voir monter la pression à un taux très élevé (obs. LX).

Enfin, le diagnostic d'état anxieux avec angoisse d'une part, et celui d'hypertension artérielle d'autre part, étant portés, il convient de rechercher et d'établir si l'hypertension a une origine psychique et fait partie des éléments qui constituent une dérivation somatique du phénomène psychique de l'anxiété, ou si cette hypertension est due à l'alcool, à la syphilis ou à toute autre cause et si elle n'est pas en réalité la cause première de l'angoisse et peut-être l'origine de l'anxiété.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic dépend de la forme du syndrome psychique. Léger dans certains syndromes émotionnels, il est plus sérieux dans la mélancolie ou chez les organiques qui font de l'angoisse.

Sa gravité doit être envisagée à deux points de vue :

Au point de vue psychique et au point de vue *quo ad vitam*.

Au point de vue psychique : les hypertensions élevées, marquant souvent l'existence d'anxiétés anciennes, doivent faire craindre l'incurabilité de l'affection mentale.

Au point de vue de l'existence du sujet, nous croyons inutile d'insister sur les diverses complications redoutables auxquelles peut donner lieu l'hypertension (œdème aigu du poumon, apoplexie cérébrale, etc., etc.).

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Il ne saurait être question ici du traitement général des syndromes anxieux.

Nous nous bornerons à dire quelques mots de la manière de remplir les indications que pose l'existence de l'hypertension artérielle.

Celle-ci doit être combattue, non seulement à cause des graves dangers auxquels elle expose le sujet, mais encore parce que, comme nous l'avons vu, si l'angoisse entraîne souvent de l'hypertension, l'hypertension, à son tour, exagère l'angoisse.

Les médications hypotensives peuvent donc agir indirectement sur l'état psychique.

Nous prescrivons donc :

1° *Hygiène et régime alimentaire :*

Réduction globale de la ration alimentaire,

Réduction des substances protéïques,

Restriction des liquides, si le besoin s'en fait sentir,

Régime hypochloruré ou déchloruré,

Régime lacté intermittent,

Exercices modérés.

Le massage abdominal réduira la stase circulatoire des veines mésentériques.

Laxatifs et purgatifs répétés.

2° *Médication diurétique*: lait, régime lacté mixte ou lacto-végétarien.

Théobromine. Caféine. Eaux d'Evian, de Vittel ou de Contrexéville.

Ne pas abuser des médicaments et surtout de la médication iodurée (Huchard).

3° On aura recours à la saignée, aux sangsues, aux ventouses scarifiées s'il y a menace de congestion ou d'hémorragie.

Le médicament hypotenseur de choix sera l'extrait de gui. On peut employer la trinitrine et le tétranitrol.

4° A la médication hypotensive, on peut combiner le traitement opothérapique qui agit sur le métabolisme humoral endocrinien.

Le corps thyroïde paraît surtout indiqué à cause de ses propriétés hypotensives. On le donnera à la dose de 2 à 3 grammes par jour de glande fraîche de mouton, pendant quatre, cinq et sept jours, avec pause de quatre à cinq jours et reprise. La thyroïdine en poudre ou en tablettes équivaut à son poids de glande fraîche. On en donnera, par jour, quinze à vingt tablettes de 30 centigrammes. Mais il s'agit là d'une médication encore à l'étude et dont l'emploi est loin d'être réglementé comme il conviendrait.

Ces différentes médications auront pour effet d'accélérer la guérison des syndromes anxieux légers et d'améliorer les délirants chroniques.

autres médicaments

CONCLUSIONS

I. — L'élévation de la pression artérielle est fréquente dans les états anxieux.

II. — Si l'on fait abstraction des cas un peu complexes dans lesquels l'hypertension artérielle paraît avoir surtout pour origine une cause organique indépendante du trouble psychique, on voit que cette élévation de pression artérielle est fonction de la sensation physique de l'angoisse; elle est passagère ou permanente suivant que l'angoisse disparaît ou persiste.

Cette hypertension artérielle a souvent pour point de départ une élévation de la pression M_n qui finit par entraîner une élévation parallèle et compensatrice de la pression M_x .

III. — Cette élévation de pression n'est qu'un cas particulier d'un ensemble de phénomènes qui traduisent l'existence d'une prépondérance de l'activité du système nerveux grand sympathique au moment de la crise d'angoisse.

IV. — Une activité exagérée des capsules surrénales entraînant une vaso-constriction énergique, semble être le point de départ du trouble circulatoire qui aboutit à l'hypertension.

V. — Il est nécessaire de mesurer très exactement la pression artérielle en s'entourant de toutes les précautions voulues. Au cours des états anxieux, cette recherche, bien faite, fournit un élément précieux de pronostic et permet d'instituer une thérapeutique dont les résultats ne sont pas négligeables.

BIBLIOGRAPHIE

- BABINSKI et DAGNAU-BOUVERET. — Emotion et hystérie. *J. de psychologie*, avril 1912.
- BENON (R.). — Enervement, anxiété périodique et névroses de l'estomac. *Gaz. médic. de Nantes*, août 1913.
- BERGONZOLI. — Stati ansiosi nelle malattie mentali, 1915.
- BERTA. — Recherches sur la pression sanguine, le pouls et la température des épileptiques. Même revue, 1906 numéros 1 et 3.
- BONNIER (P.). — Anxiété. Alcan, 1913.
- BOUVERET. — La neurasthénie, Baillière, 1891.
- BRAVETA. — La pression artérielle dans la démence précoce. *Gazzetta medica lombarda*, 1907.
- BRISAUD. — L'angoisse laryngée. *Tribune médicale*, 1890.
- BRISAUD. — De l'anxiété paroxystique. *Revue de neurol.*, 1902.
- CAMPBELL (M). — L'artério-sclérose dans ses rapports avec les maladies mentales. *The american journal of insanity*, janvier 1908.
- CHAVIGNY. — La psychiatrie aux armées. *Paris médic.*, oct. 1915.
- COTTON et HAMMOND. — Psychose d'origine cardiaque. *The americ. j. of insan.*, janvier 1911.
- DÉJERINE et GAUCKLER. — Les manifestations fonctionnelles des psycho-névroses. Paris, Masson, 1912.

- DEVAUX et LOGRE. — Les anxieux. Masson, 1918.
- DUMAS (Prof.). — La psychiatrie en temps de guerre. *Revue de Paris*, juillet 1916.
- DUPRÉ (E.). — La constitution émotive. *Paris médical*, octobre 1911.
- DUPRÉ. — La folie de Charles VI. *Revue des Deux-Mondes*, mai 1909.
- DUPRÉ et MARMIER. — Auto-émasculatation dans un raptus anxieux. III^e Congrès de médecine légale, Paris, 1913.
- DUPRÉ et LOGRE. — Les délires d'imagination. *Encéphale*, 1911.
- DUPRÉ. — La constitution émotive. *Paris médical*, 1911.
- et CAMUS. — Les cénestopathies. *Encéphale*, décembre 1907.
- ETIENNE et RICHARD. — Maladie de Basedow et émotions de guerre. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, déc. 1918.
- A propos d'un syndrome basedowien d'origine émotive. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, déc. 1918.
- Glandes et émotions de guerre. Soc. méd. de Nancy, nov. 1918.
- La pression artérielle et les émotions de guerre. *Paris médical*, août 1919.
- EUZIÈRE et GUIRAUD. — Les états mélancoliques consécutifs aux commotions cérébrales. *Ann. médico-psych.*, juillet 1918.
- EUZIÈRE et MARGAROT. — Le réflexe oculo-cardiaque dans les états anxieux. *Gaz. des hôp.*, 1919.
- FERÉ. — L'angoisse au cours de la P. G. *Revue de médecine*, 1906.
- FREUD. — Uber die Berechtigung von... als Angstneurone Abzutrennen. *Neurologisches Centralblatt*, 15 janvier 1895.

- GARNIER. — La folie à Paris, Baillière, 1890.
- GRASSET. — Gastropathie nerveuse. *Province médic.*, fév. 1909.
- HARTENBERG. — Névrose d'angoisse. *Revue de médecine*, 1901.
- HARTENBERG. — Physionomie et caractère. Alcan, 1912.
- Nouvelles observations de névrose d'angoisse. *Arch. de neurol.*, n° 89, 1903.
- La névrose d'angoisse, Alcan, 1902.
- HECKEL. — La névrose d'angoisse. Masson, 1917.
- HECKER. — Sur l'importance de la maladie d'angoisse. *Allg. Zeit. Chr. f. Psych.*, vol. LII.
- JULIAN MAST WOLFSOHN. — Le système nerveux de la vie végétative. *Journal of british medical association*, 1918.
- LANDE. — L'angoisse. *Revue de médecine*, 1902.
- LANGE. — Les émotions.
- LAINEL-LAVASTINE. — Les sympathoses. *Presse médic.*, n° 17, 1913.
- LE SAVOUREUX. — Le spleen. Thèse Paris, 1913.
- LILIENSTEIN. — Psycho-névroses dans les affections cardiaques. *Archiv. fur Psychiatrie*, 1913.
- LOGRE et TERRIEN. — Psychose hallucinatoire à prédominance olfactive. Soc. de psychiatrie, nov. 1913.
- LUGIATO et OHANESSIAU. — La pression sanguine dans les maladies mentales, dans la démence précoce. *Rivista sperimentale di freniatria*, 1906, n° 1.
- *Id.* Même revue, 1906, n° 3.
- MAIRET. — De la démence mélancolique. Montpellier, 1883.
- et EUZIÈRE. — Traité de thérapeutique pratique de A. Robin, t. IV.
- MARTINET. — Les maladies circulatoires, Masson, 1913.
- La biométrie, Masson, 1916.

- MASSELON. — La mélancolie.
- MEIGE (H.). — Les dysphagies fonctionnelles. *Revue de neurol.*, janv. 1914.
- MÉNARD (P.). — *Journal de méd. et de chir. prat.*, févr. 1917
- MERCIER et BISCOUS. — *Bull. de l'Acad. de médec.*, 1916.
- MILIAN. — L'hypnose des batailles. *Paris médical*, janv. 1915.
- PITRES et RÉGIS. — Obsessions et impulsions. Doin, 1902.
- RÉGIS et HESNARD. — La doctrine de Freud. *Encéph.*, 1913.
- RÉNON. — L'angoisse de guerre et son traitement. *Bullet. génér. de thérap.*, mars 1916.
- RIVIÈRE. — Les obsessions abouliques. Thèse Bordeaux, 1891.
- ROUSSY et LHERMITTE. — Les psychonévroses de guerre.
- SAUTAREL. — Les obsessions inhibitrices. Thèse Bordeaux, 1898.
- SCHONMAKOFF. — Le sentiment d'angoisse. Assemblée des médecins d'asile de Novoznamenskaia, 1914.
- SÉGLAS et BARAT. — Le rôle de l'émotion dans les maladies mentales. *Journ. de psychologië*, avril 1913.
- SEGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, 1895.
- VIGOUROUX. — Deux cas d'anxiété mélancolique post-ménopausique. Séance de la Soc. médico-psychologique, mai 1918.
- VOISIN (R.) et RENDU. — La pression sanguine dans l'épilepsie essentielle. *Gaz. des hôp.*, 1913, n° 70.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 16 octobre 1919.

Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 16 octobre 1919.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
